



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Samarbejde skal designes

lokal udvikling af det samarbejdende hospital

Hasle, Peter; Prætorius, Thim; Nielsen, Anders Paarup

Published in:
Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online)

Publication date:
2017

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Hasle, P., Prætorius, T., & Nielsen, A. P. (2017). Samarbejde skal designes: lokal udvikling af det samarbejdende hospital. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online)*, 5(2017), 34-42.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Samarbejde skal designes

– lokal udvikling af det samarbejdende hospital

Af Peter Hasle, Thim Prætorius
og Anders Paarup Nielsen

Et treårigt forskningsprojekt viser, hvordan hospitalsafdelinger lokalt og fra neden designer tvær- og monofagligt samarbejde for at få løst de daglige opgaver og styrke det lokale samarbejde.

Det er velkendt, at hospitaler står i et krydspres mellem begrænsede ressourcer og voksende forventninger fra borgere (fx hurtigere og bedre behandling) og politikere (fx 2% produktivitetsvækst og behandlings- og udredningsgarantier). Det er en udvikling, hvor personalet både oplever deres arbejdsmiljø som presset og finder det vanskeligt at levere den forventede kvalitet af behandling og pleje.

En lokal udvikling af samarbejdet kan yde et centralt bidrag til at løse disse problemer. I mange afsnit og afdelinger indfører ledelse og medarbejdere bl.a. nye mødestrukturer og procedurer, som styrker det lokale tværfaglige samarbejde omkring den daglige opgaveløsning. Samarbejdet bliver med andre ord designet, *og bureaukratiet vendes dermed på hovedet, hvor det lokale spillerum anvendes til at skabe nye løsninger til gavn for patienter og medarbejdernes trivsel.*

Det er hovedkonklusionerne fra det treårige forskningsprojekt »Det samarbejdende hospital« hvor forskerne har fulgt 11 afdelinger, som har arbejdet med at udvikle samarbejde på tværs af fag- og/eller afdelingsgrænser. Hovedresultaterne fra det omfattende kvalitative datamateriale præsenteres i denne artikel.

Projektet er gennemført i samarbejde mellem Sektion for Bæredygtig Produktion (Aalborg Universitet København), Region Hovedstaden og Rigshospitalet-Glostrup hospital, Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital.

Lokalt understøttende bureaukrati

Mens der er hård kritik af tendenser til øget bureaukrati i sundhedsvæsenet, er vi inspireret af amerikanske organisationsforskere som vha. begrebet »enabling bureaucracy« indfanger, hvordan man kan styre store komplekse organisationer på en måde som både er effektiv og inddrager medarbejderne^{1,2}.

Grundideen er, at det er nødvendigt med standarder og procedurer, men de kan enten være obligatoriske (fx forsøger at tvinge medarbejderne

til at handle på en særlig måde, bl.a. når alle patienter skal screenes for risikoen for liggesår) eller understøttende (fx hvor standarder og procedurer fungerer som lokalt udviklet best practice der kan tilpasses). Det er denne idé, som vi med samlebetegnelsen »Det samarbejdende hospital«³ har undersøgt på ovennævnte hospitaler. Resultaterne af projektet sammenfattes i figur 1.

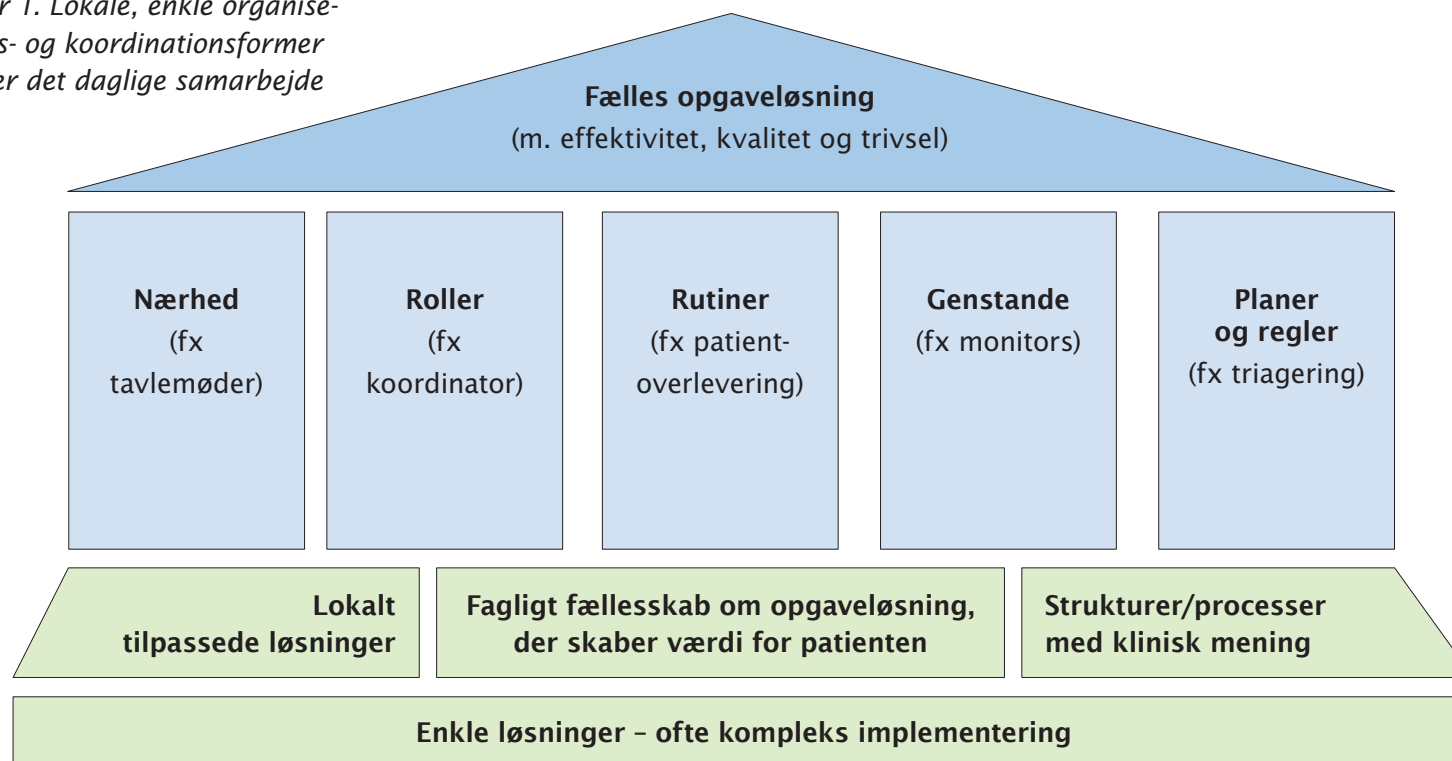
Fundamentet er fagligt fællesskab

Fundamentet er det faglige fællesskab om at skabe værdi for patienten. På hospitaler er der bred enighed om, at man arbejder for patientens bedste. Men pointen er i denne sammenhæng at fokusere på den fælles opgaveløsning. Derved bliver vigtigheden af de enkelte fagprofessionelles og organisatoriske en-

ders bidrag til den fælles opgave explicit.

Det er gennem udvikling af den fælles forståelse af kerneopgaven, at man for alvor kan skabe lokalt styrede og forankrede forandringer. Medarbejderne oplever det som mere meningsfyldt, når det lykkes i et fagligt fællesskab at udvikle løsninger som afspejler den lokale kliniske praksis.

Figur 1. Lokale, enkle organiserings- og koordinationsformer sikrer det daglige samarbejde



Denne fælles forståelse kommer imidlertid ikke af sig selv. Den kræver anledninger, hvor man opdager de enkelte gruppers rationale bag deres handlemåder og derudfra finder frem til den fælles forståelse. Det er også gennem denne forståelse, at den nødvendige deltagelse af alle faggrupper kan sikres.

Strukturer og processer skal designes og give mening

Anledninger til at få indsigt i de andres professionelles logik og bidrag til opgaveløsningen skal derfor aktivt skabes, hvilket vi beskriver gennem udtrykket »samarbejde skal designes«. Der er ofte en forståelse af, at samarbejde handler om sociale relationer og fx en god omgangstone, hvilket selvfølgelig er vigtigt, men vores pointe er, at et godt samarbejde i organisationen faktisk kan designes. Gennem en omhyggelig tilrettelæggelse af organisationen med fordeling af ansvar, etablering af teams, afholdelse af relevante møder og andre nødvendige hjælpemidler har mange afdelinger faktisk fået designet sig til et stærkere samarbejde.

Det er gennem en lang række strukturer og processer, at man lokalt designer sig til det gode samarbejde. I Tabel 1 viser vi, hvilke konkrete organisatoriske tiltag som anvendes til at organisere og koordinere i 11 undersøgte afdelinger. Ved hjælp af disse tiltag lykkedes det afdelingerne at fremme ansvar, forudsigelighed og fælles forståelse, hvilket styrker fælles opgaveløsning.

Selvom Figur 1 og Tabel 1 opdeler organiserings- og koordineringsformerne i fem typer, bliver de i praksis ofte anvendt i kombination. Det er nødvendigt for at få de enkelte tiltag til at understøtte hinanden og dermed styrke den kollektive opgaveløsning: Fx vil en ny organisering af stuegangen (en rutine) også føre til interaktion mellem de sundhedsprofessionelle (nærhed) enten før, under eller efter, ligesom man understøtter den nye stuegangsorganisering med bl.a. skabeloner og dokumenter, tavler og IT (genstande og objekter).

Sammenfattende kalder vi disse tiltag for lokalt og støttende bureaukrati, fordi de alle på den ene eller anden måde formaliserer/stand-

dardiserer den daglige opgaveløsning. Møder (i det lokale og støttende bureaukrati) adskiller sig fx fra de traditionelle lange og siddende møder. Det typiske møde i det samarbejdende hospital er kortvarigt (5-15 minutter), foregår stående, har en mødeleder og følger en standarddagsorden. Møderne er også ofte tværfaglige fx morgenmødet for dagens operationsteam, hvor man gennemgår dagens patienter, gør det klart hvem der gør hvad og hvornår, og laver nødvendige justeringer.

Justerbare og delvist situationsbestemte løsninger på organisering og koordinering

Organisations- og koordineringsformerne skal opfattes som justerbare dimensioner (Tabel 2), hvor yderpunkterne typisk udgør et kontinuum. Her kan de enkelte organisationsformer tilpasses afhængigt af det lokale behov.

Fx kan man arbejde fysisk ved siden af hinanden og samtidigt interagere virtuelt via teknologi, ligesom der i specifikke situationer kan være behov for at afvige fra planen og

Tabel 1. Eksempler på konkrete organiserings- og koordineringsformer

Organiserings- og koordineringsform	Konkrete organisatoriske tiltag
Nærhed	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tværfaglige morgenmøder ▪ Time out ▪ Før-stuegangspanlægning ▪ Tavlemøder ▪ Overlevering ved skift ▪ Teammøder ▪ Tværfaglige, fælles mødelokaler ▪ Fælles planlægnings- og koordinationsrum
Rutiner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokale patientforløb ▪ Daglige planer for den enkelte patient ▪ Overleveringspraksis (mødes ansigt til ansigt) ▪ Stuegang og før-stuegangspanlægning
Roller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dagens stuegangsteam (fx læge-sygeplejerske) ▪ Dagens koordinatore (fx sygeplejerske, jordmoder) ▪ Dagens team (fx operation)
Genstande	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientplanlægningstavler ▪ Målstyringstavler ▪ Forbedring tavler (fx Kaizen) ▪ Dokumenter til patientoverlevering ▪ IT-understøttelse af samarbejde
Planer og regler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aftaler om lægebesøg (eget afsnit eller andre afdelinger) ▪ Triagering ▪ Uddelegering af ordinationsret til sygeplejersker ▪ Standard-dagsordener og procedurer for mødeledelse

lave et professionelt skøn, hvis fx patienten og det standardiserede patientforløb ikke passer sammen. Dimensionerne i tabel 2 er repræsen-

terer et katalog af løsningsmuligheder. De kan danne afsæt for, hvordan ledelse og medarbejdere på afdelinger og afsnit organiserer og ko-

ordinerer løsningen af opgaverne og dermed designer samarbejder.

To hospitalsafdelinger eller -afsnit er sjældent ens, og selv hvis de leverer den samme ydelse, vil forhold som arbejdsgange, bemanning og organisationskultur ofte betyde, at der i praksis ikke er én universel løsning. De justerbare dimensioner kan anvendes til at finde de lokale situationsbestemte løsninger, som er mest optimale.

På baggrund af vores resultater og litteraturen⁴⁻⁶ illustrerer vi i Tabel 3, hvordan dimensionerne kan anvendes i henholdsvis ambulant- og akutfunktioner. Det interessante i denne forbindelse er, at organisations- og koordinationsformerne ikke kun passer på én bestemt type opgaver, men også kan have sin berettigelse på områder, man normalt ikke tænker på, fx at standardisering kan være hensigtsmæssigt også på det akutte område.^{7, 8} Der er for eksempel behov for nærhed og interaktion både ved udførelsen af akut og ambulant behandling, men frekvensen af interaktion og mødeformen vil typisk variere, alt efter hvilken (kerne)opgave man løser.

Om forfatterne



Peter Hasle

Professor i bæredygtige produktions- og arbejdsprocesser. Projektleder på projektet »Det samarbejdende hospital«. Forsket bl.a. i social kapital, arbejdsmiljø og lean på hospitaler. Tidligere ansat bl.a. på Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og DTU.



Thim Prætorius

Post doc i organisation og ledelse på hospitaler. Forsker på projektet »Det samarbejdende hospital«. Ph.d.-afhandling om organisering af tværfaglige patientforløb. Forfatter til artikler og bogkapitler om organisering på hospitaler.



Anders Paarup Nielsen

Lektor i innovation og operations management. Forsker på projektet »Det samarbejdende hospital«. Forsker bl.a. i lean og arbejdsmiljø på hospitaler.

Tabel 2. Organisations- og koordineringsformernes justerbare dimensioner

Organiserings- og koordineringsform	Justerbare dimensioner	
Nærhed – hvordan mødes man for at løse fælles opgaver?	Fysisk Ansigt til ansigt	IT-understøttet Telefoni, mail, EPJ m.v.
	Fast mødested I et lokale, foran tavle el.lign.	I forbifarten På gangen/omkring patienten
Roller – hvem gør hvad?	Defineret på forhånd Tydeligt beskrevet	Defineres i arbejdssituationen Fordeles eksplicit/implicit
	Komplementære Ligger fast og passer sammen	Flydende Ændres når påkrævet
Fælles rutiner – hvordan understøttes de fælles opgaveløsninger?	Defineret på forhånd Opgaveløsninger skrevet ned	Opstået over tid Gør som vi plejer
	Fravige Behovet vurderes i situationen	Følge Gør som aftalt på forhånd
Genstande – hvordan formidles fælles information?	Analogt Noter, skilte, whiteboards mv.	Digitalt Elektroniske skærme mv.
	Stabilt Nyttig uafhængig af tid og sted	Dynamisk Justeres løbende
Regler og planer – hvordan understøttes de fælles opgaveløsninger?	Understøttende Angiver løsning – kan tilpasses	Obligatorisk Skal følges
	Definerende Angiver rigtig handlemåde	Professionelt skøn Handlemåde afhænger af skøn

Ved akut behandling er der fx behov for hurtig reaktion og dermed løbende koordinering mellem de forskellige personer og fagligheder involveret i behandlingen. Ved ambulant behandling er der typisk tale om planlagte behandlinger, og behovet for hurtig reaktion er begrænset. Der er derfor et mindre behov

for løbende koordinering, og det kan være tilstrækkeligt at holde planlagte møder som fx et kort morgenmøde.

Enkle løsninger – men ofte kompleks implementering

Det kan være rimeligt at spørge, hvorfor disse ret enkle løsninger

ikke allerede er implementeret alle steder, eller hvorfor hospitalsledelserne ikke blot ruller dem bredt ud. Det er imidlertid tilpasningen til den lokale kontekst, som er afgørende for, at det designede samarbejde kommer til at fungere.

Tilpasningen udvikler det helt nødvendige lokale ejerskab, og der

Tabel 3. Tilpasning af situationsbestemte løsninger

Organiserings- og koordineringsform	Eksempler på konkrete organisatoriske tiltag	
	Akut funktion (Hurtig reaktion/højere usikkerhed)	Ambulant funktion (Langsom reaktion/lavere usikkerhed)
Nærhed	Fælles planlægnings- og koordinationsrum	Faste teammøder (morgen, middag og/eller aften)
Rutiner	Patientmodtagelse og -undersøgelse	Stuegang Standardiserede patientforløb
Roller	Koordinator Akutteam	Koordinator Operationsteam
Genstande	Dynamiske tavler (opdateres løbende elektronisk)	Statiske tavler (opdateres efter behov)
Regler og planer	Triagering / tjeklister	Standardiserede patientforløb Skabeloner fx patientoverlevering

er altid særlige lokale forhold, der skal tages højde for. Ved etableringen af tværfaglige møder kan det fx være et spørgsmål om, hvornår de forskellige faggrupper møder på arbejde, hvilke forpligtigelser de har over for andre personalegrupper, hvilke spørgsmål man meningsfyldt kan behandle på de tværfaglige møder, og hvilke der bedst håndteres monofagligt.

Derfor kan det tage relativt lang tid for afdelinger og afsnit at få de enkelte organisatoriske tiltag til at fungere efter hensigten. Fx skal de berørte kolleger inddrages, forskellige løsninger skal afprøves, og rutiner skal indarbejdes. Der skal ofte også flere tiltag til samtidigt, for at få opgaveløsningen til at gå op og samarbejdet til at spille sammen (Tabel 4).

De mange relativt små ændringer bliver alligevel i sin helhed ret omfattende, men de kan samtidig gøre en stor forskel, som følgende citat illustrerer:

”

Altså vi har jo nogle af de lidt ældre overlæger, som man godt kunne have frygtet ikke syntes om det her, og den mest autonome af dem er nok [nn], men han elsker jo det stuegangsmøde der, han synes jo, det er fantastisk. Fordi nu har han jo fundet ud af, at man kan snakke med fysioterapeuterne allerede der, og sygeplejerskerne ved, hvad han tænker og gør og har lyst til. Og så synes han, det er fint det der med medicinen, fordi han er glad for at få hjælp til noget af det farmaceutiske.

Afdelingslæge

Tabel 4.

Ændret opgaveløsning kræver ofte andre afledte, understøttende forandringer

Ændring af stuegang (startpunkt):

- Før-stuegangsmøder – planer for stuegang udarbejdes tidlig morgen
- Midlertidigt stuegangsteam af læge og sygeplejerske

Afledte, understøttende forandringer:

- Indrette møderum
- Tilpasse før-stuegangsmøder til andre morgenmøder
- Anvende elektronisk tavle
- Sygeplejerske opdaterer tavlen før mødet
- Medicinpakker som sygeplejersker kan ordinere
- Telefonpraksis ændret – hvornår sygeplejersker kan ringe til læger
- Skabeloner i EPJ – indføjelser af stuegangsresultater i journaler
- Faste skemaer (skabeloner) for sygeplejerskernes forberedelse af stuegang

Støtte fra oven – spillerum fra neden

En strategi, som fokuserer på det samarbejdende hospital, kan give et væsentligt bidrag, men naturligvis ikke løse de mange problemer med ressourcer og forventninger. Med afsæt i Det samarbejdende hospital kan der imidlertid findes gevinster for både patienter og medarbejdere, og oplevelsen af at være underlagt alt for stramme styrings- og dokumentationskrav kan mindskes. Det er dog ikke en strategi, som blot kan rulles ud over hele hospitalsvæsenet, for så opnår man typisk ikke det lokale engagement, som er afgørende. I stedet stiller strategien krav om, at de lokale ledere i samarbejde med deres medarbejdere tager opgaven på sig og designer det lokale samarbejde.

Det kræver samtidig, at topledelsen giver plads til dette lokale spillerum til udvikling af de tiltag, som afspejler den konkrete situation og kan skabe den mest optimale opgaveløsning. Naturligvis er der tale om frihed inden for rammer, men det er stadig en frihed, som kan udfordre topledernes behov for kontrol.

Der kan samtidig ofte være behov for støtte fra ressourcepersoner, som kan hjælpe med fx leanværktøjer eller tilpasning af IT-systemer. Det er imidlertid også en strategi, som bi-

drager til afbureaukratisering og til den tillidsreform, som så længe har været på dagsordenen, men har svært ved at få luft under vingerne.

Litteratur

1. Adler PS, Borys B. Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Adm Sci Q.* 1996;41(1):61-89.
2. Prætorius T, Hasle P. Fjende eller ven? Bureaukratisering som en mulighed for at styrke den sociale kapital på hospitaler. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen.* 2015;91(2):16-27.
3. Prætorius T, Edwards K, Hasle P, Nielsen AP. Towards the collaborative hospital – harnessing the potential of enabling care processes and structures. In: Elg M, Tillmar M, Klofsten M, Ellström P-E, eds. *Sustainable Development in Organizations*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2015:57-76.
4. Van de Ven AH, Delbecq AL, Koenig Jr R. Determinants of coordination modes within organizations. *Am Sociol Rev.* 1976;41(2):322-338.
5. Argote L. Input uncertainty and organizational coordination in hospital emergency units. *Adm Sci Q.* 1982;27(3):420-434.
6. Gittell JH. Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Manage Sci.* 2002;48(11):1408-1426.
7. Prætorius T, Becker MC. How to achieve care coordination inside health care organizations: Insights from organization theory on coordination in theory and in action. *Int J Care Coord.* 2015;18(4):85-92.
8. Okhuysen GA, Bechky BA. Coordination in Organizations: An Integrative Perspective. *Acad Manag Ann.* 2009;3(1):463-502.